

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ACOSTA	ZAMBRANO	MARIA ISABEL	18	09	1947	77 años, 5 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304528803	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	7 DE AGOSTO y ENTRE BOLIVAR Y MERCEDES	099-215-4273 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo			Distrito/Area
MSP	1304528803	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cardiología	2025	03	17
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 77 AÑOS CON ANTECEDENTES DE DIABETES, HTA NO CONTROLADA, TIROIDES (NO REFIERE HIPER O HIPO), HERPES ZOSTER Y AMPUTACIÓN DE LOS 5 DEDOS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA EN TRATAMIENTO CON PODOLOGO. AL MOMENTO ESTABLE A FEBRIL ORIENTADA CON COMPLICACIONES DE CIRCULACION POR SU DM, ES HTA EN TRATAMIENTO CON CILOSTAL 100 MG DIA, CARVEDILOL 6.25 MG CADA 12 HORAS, VALSARTAN 80 MG CADA DIA , VALSARTAN 160 MG CADA DIA, JARDIANCE 10 MG MG , SE SOLICITA ANALISIS YA TIENE LA ORDEN FALTA AGENDAR, TIENE INSUFICIENCIA CARDIACA PARA CUAL ESTUVO HOSPITALIZADA HACE VARIOS MESES SE REALIZA REFERENCIA A CARDIOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AMERITA ESTUDIOS DE FUNCION CARDIOVAS CULAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I509		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-17	14:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	 Firmado electrónicamente por: ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-17	14:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	

